

申請書確認内容

受付日が葬祭日の翌日から2年以内であることを確認  
2年以上経過していた場合不備

高 齢 者 医 療  
費 支 給 申 請 書

① 受付日 ○○ ×× 年 ××月 ××日

② 決定日 ○○ ×× 年 ××月 ××日

③ 保険者番号 3 9 2 8 × × × ×

被 保 険 者 番 号 9 9 9 9 9 9 9

支 給 金 額 ￥ 5 0 0 0 0 0 -

決定日が受付月の末日以外または決定日が空欄→不備

空欄→不備  
束の中に別の番号が混入→不備

死亡日 ≤ 葬祭日 ≤ 受付日であることを確認。  
違っていたら不備

死亡者の氏名 ④ 広 域 太 郎

死亡者の生年月日 昭和 3 年 1 月 1 日

死亡年月日 令和 6 年 1 月 1 日

死亡の場所 ××

死亡の原因 ⑤ 1.病気 2.交通事故（相手あり・相手なし） 3.その他（ ）

その他

交通事故（相手あり）  
欄外等に経緯記載なし  
→不備

⑥

葬 祭 日

令和6年1月3日

住 所

□申請者に同じ 東京都八王子市●●町○○番△△号

氏 名

□申請者に同じ 広 域 一 郎

連 絡 先

□申請者に同じ 03-××××-××××

葬祭執行者を添付資料で確認  
疑義があれば不備  
添付書類の一例は別紙4-1のとおり

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記

⑦

振 込 先

ゆうちょ

銀 行

信用金庫・組合

協 同 組 合

( )

本 店

支 店

出張所

預 金 種 別

1 普 通

2 当 座

4 貯 蓄

口座番号等

右づめで記載してください

1 2 3 4 0 0 0 0 9 8 7 6 1

口座名義人

コウイキ ハナコ

(カタカナ)

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1

葬祭執行者と別人の場合、委任状  
又は給付費受領申立書の添付を確認。  
疑義があれば不備

委任状の様式は別紙4-2のとおり  
給付費受領申立書の様式は別紙4-3  
のとおり

上記のとおりに申請します。

令和 6 年 1 月 4 日

後期高齢者医療広域連合長 宛 〒 650-0021

⑧

申請者

住 所 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号

(喪主又は代理人)

氏 名 広 域 花 子

死亡者との続柄 妻

連絡先 078-326-2649

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。